

Das Bild der Psychiatrie zwischen 1880 und 1910: 'Überwachen und Strafen' oder gesundheits- und sozialpolitische Degeneration?

Hildebrandt, Helmut

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hildebrandt, H. (1987). Das Bild der Psychiatrie zwischen 1880 und 1910: 'Überwachen und Strafen' oder gesundheits- und sozialpolitische Degeneration? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 11(2/3), 21-44. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265974>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

DAS BILD DER PSYCHIATRIE ZWISCHEN 1880 UND 1910: "ÜBERWACHEN UND STRAFEN" ODER GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITISCHE DEGENERATION?

HELMUT HILDEBRANDT

In der marxistischen Diskussion um die Entstehung, Entwicklung und Funktion des Sozialstaates sind seit langem drei Paradigmen verankert (vgl. M. Fuhrke 1981, I. Gough 1979). Versucht man eine knappe Skizzierung ihres Gehalts, so lassen sich folgende Unterscheidungen feststellen. Der erste Ansatz konzentriert sich auf die kompensatorische Bedeutung des Sozialstaates angesichts eines Produktionsprozesses und eines Arbeitsmarktes, welche systematisch zur Verarmung der Arbeiterklasse führen würden, wenn staatliche Intervention dem nicht entgegensteuern würde, oder, aus der Perspektive der Arbeiterklasse ausgedrückt, Sozialstaat als Garant des Werts und der Verwertbarkeit der individuellen Ware Arbeitskraft. Eine zweite, akkumulationstheoretische Argumentation stützt sich in ihrer Analyse des Sozialstaates auf die Entwicklung der verschiedenen Formen der Gesellschaftlichkeit der kapitalistischen Produktionsweise selber. Dementsprechend sind auch verschiedene Formen des Sozialstaates in der Entwicklung der kapitalistischen Gesellschaft zu beobachten: Die Entwicklung der maschinellen Produktion z.B. zieht unweigerlich die Notwendigkeit nach sich, qualifizierte Arbeiter durch Krankenversicherung vor dem Herausfallen aus dem Produktionsprozeß zu bewahren. Umgekehrt hat die Herausbildung von Monopolen und Trusts und ihre Verflechtung in den Staatsapparat zur Folge, daß Sozialpolitik sich zur Bevölkerungspolitik erweitert, weil Mehrwertproduktion zunehmend auf der Ebene des Gesamtarbeiters angesiedelt ist. Die dritte und faktisch vorherrschende marxistische Theorie des Sozialstaats kehrt dessen Kontrollaspekt in den Vordergrund. Die Existenz der Ware Arbeitskraft ist dieser Argumentation zufolge nicht einfaches Produkt der kapitalistischen Produktion (nach erfolgter ursprünglicher Akkumulation), sondern bedarf permanent in der Regel durch den Staat erfolgreicher, absichernder Gewalt- und Kontrolleingriffe, die indirekt zur Aufrechterhaltung der Ware Arbeitskraft beitragen, indem sie alle anderen möglichen, gesellschaftlichen Existenzformen, die aus der Kapitalreproduktion herausfallen könnten, mit Sanktionsgewalt be-

drohen. Um nur ein kontemporäres Beispiel zu nennen: Die Existenz als Sozialhilfeempfänger wird durch die verschiedensten Mechanismen wie Bedürftigkeitsprüfung, gestaffeltes System der Antragstellung bei allen über den Regelsatz hinausgehenden Leistungen, Zwangsarbeit zur Überprüfung der Arbeitswilligkeit usw. zur unattraktiven Alternative gegenüber dem Lohnarbeitsystem gestaltet.

Traditionell fällt die theorie- und sozialgeschichtliche Analyse der Psychiatrie eher im Sinne des letzteren Argumentationsstranges aus (z.B. Blasius 1986, G. Herzog 1984). Nachdem K. Dörner (1969) kurzzeitig vertreten hatte, daß die Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft wie im Gesundheitssystem so in der Psychiatrie die Hauptfunktion sein könnte und darin den eigentlichen Hintergrund des Heilungsoptimismus der frühen deutschen Psychiater gesehen hatte, und nachdem von E. Köhler (1977) diese These durch den Hinweis widerlegt worden ist, daß Arbeitskräfte im Gebiet des späteren deutschen Reiches zur Zeit der Psychiatriegründung wahrlich genug existierten, Psychiatrie deshalb nicht die Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft, sondern ihre indirekte Aufrechterhaltung, d.h. als Maßnahme zum "Schutz" der betroffenen Familien, nicht der Kranken anzusehen ist, haben sich fast alle geschichtlichen Darstellungen auf den Kontroll- und Ausgrenzungsaspekt der Psychiatrie bezogen. Das ist kein Wunder: Innerhalb einer Aufteilung des gesamten Sozialstaates in zwei "Trägersäulen", der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe, in der erstere auf die Verwertbarkeit der Ware Arbeitskraft bezogen sind, letztere eher ein Sanktionssystem darstellt, das traditionell in der obrigkeitsstaatlichen Kontrolle und Befriedung wurzelt, ist die Psychiatrie noch heute eher der zweiten "Trägersäule" zuzuordnen (Leibfried/Tennstedt 1985, Tennstedt 1981). Verlust wesentlicher bürgerlicher Freiheitsrechte als häufige Konsequenz von Psychiatisierung und oft über Sozialhilfe abgewickelter Finanzierungsmodus sprechen dafür eine deutliche Sprache.

Diese Einschätzung der Psychiatrie als Instrument staatlicher Kontrolle gegenüber abweichendem Verhalten hat wichtige politische Implikationen, was das Verhältnis der Linken zur Psychiatrie betrifft. Einigkeit dürfte darüber herrschen, daß psychiatrische Anstalten in der heutigen Form bekämpft bzw. abgeschafft gehören. Was aber an ihre Stelle und ob überhaupt etwas "Psychiatrisches" an ihre Stelle treten muß, darüber dürften die Meinungen weit auseinandergehen (vgl. z.B. Psychologie und Gesellschaftskritik 39/40, 1986). Im Paradigma des kontrolltheoretischen Ansatzes besteht notwendigerweise die Tendenz, eine historische Hypertrophie des psychiatrischen Systems zu diagnostizieren.

Der Ausbau des psychiatrischen Systems ist dabei nur ein Moment innerhalb der wachsenden Kontrolle aller gesellschaftlichen Bereiche durch den bürgerlichen Staatsapparat, ist, um es prononciert auszudrücken, in Inhalt und Form durch eben jenes Interesse bestimmt. Umgekehrt der sozialpolitische Ansatz: Ihm zufolge stellt die Psychiatrie *faux frais* innerhalb der Akkumulation des Kapitals dar und folgt, was ihren Ausbau betrifft, ähnlichen Gesetzen wie die Ware Arbeitskraft. Nicht eine Hypertrophie des psychiatrischen Systems ist zu beobachten, sondern eine relative Unterversorgung, die sich sowohl auf der Ebene des Inhalts als auch der Form beobachten läßt (Semmler 1977). Inhaltlich stehen - infolge der kapitalistischen Produktionsweise, nicht unbedingt der Produktion selber - immer mehr Irre einem immer zu geringen Ansatz von Mitteln gegenüber, der zu ihrer Hilfe bereitgestellt wird. Die Formen des psychiatrischen Systems - Großkrankenhäuser und soziale Kontrolle - ergeben sich gleichfalls weniger aus der Repressionstendenz des Staates als aus einer mehr oder weniger hilflosen, aber brutalen *Ükonomie* gegenüber den nicht arbeitsfähigen Menschen der Bevölkerung.

Eine der stärksten Stützen für die Auffassung der Psychiatrie im Sinne des kontrolltheoretischen Ansatzes sind bis heute die empirischen und theorie-systematischen Analysen ihrer Entwicklung im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts. In der klassischen Untersuchung über die Entwicklung des Anstaltswesens in Preußen von D. Blasius (1982, 1986; s.a. Herzog 1984) dient folgende Argumentation dazu zu beweisen, daß "der Irrenboom am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts weniger ein Problem sozialpathologischer Metastasenbildung als der bürokratischen Erfassung von Sozialpathologie gewesen ist" (D. Blasius 1986, 61). Erstens seien die Anstaltsaufnahmen und -betten in einem gegenüber dem Bevölkerungswachstum überproportionalen Maße gewachsen. Zweitens sei nachzuweisen, daß parallel zu diesem Anstieg die bürokratischen Anstrengungen zur Überwachung von außerhalb von Anstalten lebenden Irren wachsen. Drittens gebe es Hinweise auf Proteste gegen die Einlieferung von Irren in Irrenanstalten. Und viertens werde ein Gutteil der "Irrenpopulation" durch "geisteskranken Verbrecher" gebildet. Daraus folge, daß das seit Ende des 19. Jahrhunderts überkommene System der psychiatrischen Anstalten Ergebnis der staatlichen Überwachungsanstrengungen ist, die mehr und mehr die Irren in den Umkreis der Asylisierung gezogen haben.

Im folgenden soll diese Schlüssigkeit, mit der der kontrolltheoretische Ansatz in der Beurteilung der Psychiatrie sich aus ihrer (jüngeren)¹ Geschichte

1 Die sozialpolitische, ökonomische und wissenschaftliche Bedeutung der Psychiatrie unterliegt im 19. Jhd. einem Wandel, auf den D. Blasius (1982, 1986) erstmalig in ausdrücklicher Form hingewiesen hat. Diese Einschätzung über einen Funktionswandel der Psychiatrie wird hier ausdrücklich geteilt.

zu ergeben scheint, einer näheren Analyse unterzogen und gleichzeitig Argumente vorgebracht werden, die eher für einen der alternativen Ansätze der marxistischen Diskussion sprechen.

1. "Bürokratische Erfassung von Sozialpathologie" oder "sozialpathologische Metastasenbildung"?

a) Die Dynamik der Aufnahmezahlen

Das Bild, das sich in bezug auf die quantitative Entwicklung des Irrenwesens um die Jahrhundertwende zeigt, ist auf den ersten Blick ein sehr regelmäßiges: Fast kontinuierlich wachsen die Bettenzahlen zwischen 1877 und 1910 Jahr für Jahr um 4% bis 5%, öffentliches Irrenwesen und private Irrenhäuser stehen sich bis 1902 in einem Verhältnis von 3:1 gegenüber, um danach aufgrund einer neuen Zählweise höhere Anteile für den privaten Sektor zu ergeben (vgl. Nahts 1888 ff; Medizinal-statistische Mitteilungen 1920). Es ist denn auch das Verhältnis zur Einwohnerzahl in Preußen, die in erheblich geringerem Maße zunimmt als die Irrenanstaltsbetten, welches im kontrolltheoretischen Ansatz als wesentliches Indiz für die wachsende staatliche Überwachung genommen wird: 1881 stehen im deutschen Reich auf 10.000 Einwohner knapp 7 Anstaltsbetten zur Verfügung, 1901 sind es schon fast 13 und 1911 bereits 17,5 Betten allein im öffentlichen Sektor. Dementsprechend gestiegen sind auch die Aufnahmezahlen: Werden 1881 im deutschen Reich 49.462 Irre behandelt, sind es 1911 schon 227.263, d.i., rechnet man den Bevölkerungsanstieg ein, mehr als dreimal so viele Irre auf die gleiche Bevölkerungszahl. Deshalb erscheine es "abwegig zu vermuten, im Laufe einer Generation seien tatsächlich mehr als (dreimal) soviel Menschen an schweren, aber unfaßbaren biologischen Veränderungen erkrankt, als in den Generationen zuvor" (G. Herzog 1986, 223 f); vielmehr müsse die Ursache in der Veränderung der Psychopathologie selber zu suchen sein bzw. in ihrer staatlichen Auslegung und Umsetzung.

Aus der reinen Zunahme von Irrenanstaltsbetten, liegt sie auch erheblich über dem Bevölkerungszuwachs, kann als Ursache eine "bürokratische Erfassung von Sozialpathologie" (Blasius 1986, 61) nicht gefolgert werden. Ebenso gut könnte eine bis dato nicht behandelte Anzahl von Irren, eine Zunahme der Erkrankungsrate oder eine sozialpolitische Veränderung im Umgang mit Krankheit die Ursache sein. Man wird die kontrolltheoretische These erst dann für wahrscheinlich halten, wenn ein akzeptabler Vergleichsmaßstab herangezogen wird. Dieser findet sich ohne große Schwierigkeit in der Entwicklung des allgemeinen Gesundheitssystems,

welches zwar, als sozialpolitische Einrichtung, den Gesetzmäßigkeiten kapitalistischer Ökonomie gehorcht, kaum aber als im wesentlichen bürokratische Erfassungsinstanz von Krankheit angesehen werden kann.

Zumindest ist eine solche These für die Entwicklung des Krankenhauswesens im ausgehenden 19. Jahrhundert noch nicht entwickelt worden (vgl. aber G. Göckeljan 1985). Zieht man die Daten des allgemeinen Gesundheitssystems heran, dann erscheint der Ausbau des Irrenwesens in einem anderen Licht:

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Krankbetten zwischen 1877 und 1911

Jahr	allg. Krankenhäuser			Irrenanstalten		
	öfftl.	priv.	insges.	öfftl.	priv.	insges.
1881	100	100	100	100	100	100
1891	141	212	153	151	170	155
1901	182	407	222	229	245	232
1911	251	727	335	362	479	386

(Quelle: Medizinalstatistische Mitteilungen ... (1920))

Offensichtlich liegen in dem Zeitraum von 1881 und 1911, immerhin in 30 Jahren massiver gesellschaftlicher Entwicklung, Ausbauraten des allgemeinen Krankenhauswesens und der Irrenanstalten nicht sehr weit auseinander. Wesentlicher als dieser Ausbau des Anstaltswesens selber ist aber noch die Aufnahmezahl der Kranken, denn die Aufnahme bzw. die verstärkte Ausgrenzung aus dem öffentlichen Leben spielt innerhalb der Argumentation des kontrolltheoretischen Ansatzes die Hauptrolle. Dazu folgender Vergleich mit dem Krankenhauswesen:

Tabelle 2: Verpflegte Kranke in Krankenhäusern bzw. Irrenanstalten

Jahr	allg. Krankenhäuser			Irrenanstalten		
	öfftl.	priv.	insges.	öfftl.	priv.	insges.
1881	100	100	100	100	100	100
1891	141	232	152	154	176	158
1901	189	534	233	240	266	244
1906	227	829	307	349	567	386
1911	307	1209	419	413	692	460

(Quelle: siehe oben)

Tabelle 2a: Als Geisteskranke aufgenommene Patienten in allgemeinen Krankenhäusern

Jahr	Kranke	
	abs.	rel.
1881	5323	100
1891	7285	137
1901	12161	228
1911	15780	296

Auch diese Tabellen zeigen ein relativ gleiches Wachstum des allgemeinen Krankenhauswesens und der Irrenanstalten. Wie in der Tabelle 2 ersichtlich, ist eine größere Differenz zwischen den beiden Anstaltswesen erst ab 1906 zu beobachten. Dazu ist zu sagen, daß 1902 die Zählung der Irrenanstaltsbetten auf Einrichtungen für geistig Behinderte, Epileptikereinrichtungen und Nervenheilanstalten ausgedehnt wurde. Diese Ausdehnung der Zählgrundlage schlägt sich natürlich auch in den Entwicklungsraten nieder, so daß prinzipiell davon auszugehen ist, daß die Raten im allgemeinen Krankenhauswesen und im Irrenwesen sich sehr nahekommen. Daraus ist die Konsequenz zu ziehen, daß aus den Zahlen über die Entwicklung der Betten und der verpflegten Kranken keine Schlüsse über eine besondere Entwicklung des Irrenwesens gegenüber dem Gesundheitswesen zu ziehen sind. Das gilt sogar, zumindestens tendenziell, was die Verpflegungsdauer in den beiden Einrichtungen betrifft: Diese sinkt sowohl im Irrenanstaltswesen als auch in den allgemeinen Krankenhäusern, wie die Division von Bettenentwicklungsrate und Rate der verpflegten Kranken unschwer erkennen läßt.

Es gibt allerdings einen Unterschied zwischen den beiden Bereichen der Krankenversorgung, der aufgrund der Tabellen ins Auge fällt: Dieser liegt in der unterschiedlichen Bedeutung des privaten bzw. des öffentlichen Sektors für die Versorgung mit Anstaltsbetten. Im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser spielt die private Form der Verpflegung eine bedeutend größere Rolle als im Irrenanstaltswesen. Warum das der Fall ist, darauf wird später eine Antwort versucht. Daß aber in beiden Bereichen der private Sektor eine wesentlich höhere Entwicklungsrate aufweist als der öffentliche, soll hier als weiteres Argument gegen den kontrolltheoretischen Ansatz benutzt werden. Kaum ist zu erwarten, daß sich die deutsche Bürokratie auf private Irrenanstalten in der Asylierung von Irren stärker gestützt hätte als auf die öffentlichen Einrichtungen. Vielmehr zeigt die in Relation zu den 1881 vorhandenen privaten Irrenhausbetten stärker anwachsende Zahl dieser Verpflegungsform, daß über die öffentlichen Betten hinaus ein gesellschaftlicher Bedarf an Betten vorhanden gewesen ist (das wird auch durch die Tabelle 2a signalisiert).² Tatsächlich dürften im Bereich der privaten Irrenanstalten - soweit sie nicht einfach konfessioneller Natur waren - eine ganze Reihe von Anstalten zu finden sein, die der bürgerlichen Klasse eine Verpflegung ihrer Familienangehörigen angeboten haben und die nachgefragt wurden, weil

2 Die Zahl der in allgemeine Krankenhäuser eingelieferten Irren ist um etliches höher, wenn man die Krankheitsgruppen "Epilepsie", "Tabes dorsalis" und "Alkoholismus" mitberücksichtigen würde. Die Entwicklung der Zuständigkeit zwischen allgemeinem Krankenhaus und Psychiatrie für diese Kranken ist selber ein sozialpolitischer Prozeß, der u.a. die gesellschaftlichen Funktionen beider Institutionen widerspiegelt.

die öffentlichen Irrenanstalten selber sich in einem Zustand befanden, den die bürgerliche Klasse ihren Angehörigen nicht zumuten wollte.

Krankheits-Urteile oder Ätiologie?

Soll die These bewiesen werden, daß sich die Psychiatriegeschichte zwischen 1880 und 1910 im wesentlichen als Geschichte staatlicher Ausgrenzung beschreiben läßt, dann muß zur gleichen Zeit notwendigerweise ein Wachstum an undifferenzierter Diagnostik, an ideologischen Krankheitsbegriffen und an einer gleichfalls ideologischen Erkrankungstheorie vorliegen. Denn infolge der unspezifischen Einlieferungskriterien in die Psychiatrie, deren Einheit nur über das Bedürfnis der staatlichen Organe, die Irren aus dem bürgerlichen Leben zu entfernen, gestiftet wird, sollten auch die Krankheitstheorien und ätiologischen Modelle mehr und mehr ihren rationalen Charakter verlieren. Der postulierte immanente Zusammenhang zwischen der in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus zu beobachtenden Rolle der Psychiater mit ihrer schon vor dem Ersten Weltkrieg entwickelten Theorie ist denn auch eines der Hauptargumente des kontrolltheoretischen Ansatzes, was seine theoriegeschichtlichen Analysen betrifft.

Daß eine Veränderung und Zunahme ideologischer Krankheitsurteile im Laufe der Psychiatrieentwicklung in Deutschland zu beobachten ist, soll im folgenden nicht bestritten werden (vgl. Hildebrandt 1986). Die Frage ist nur, wann sie einsetzt, inwiefern sie auf diesem Hintergrund Motor für die Erfassung der Irren sein kann und ob sie nicht vielmehr eine Reaktion der Psychiater auf eine sozialpolitisch veränderte Landschaft darstellt, die wesentlich auch die allgemeinen Bedingungen für das Irrenwesen betrifft. Nur wenn die ideologische Neuorientierung der deutschen Psychiater den wachsenden Irrenzahlen zumindest zeitlich parallel geht, besser aber noch vor deren Wachstum stattfindet, kann auf einen Ursachenzusammenhang geschlossen werden, der jene durch diese herleitet. Liegen die Verhältnisse umgekehrt, dann ist die Wandlung der psychiatrischen Systeme Reaktion auf eine Wandlung in der Bedeutung des Irrenwesens als gesellschaftliche Institution, und nicht umgekehrt.

Eine Rekapitulation der Ätiologie bzw. Epidemiologie aus dem Zeitraum von 1880 und 1910 zeigt, daß die kontrolltheoretische Hypothese kaum geeignet ist, die Entwicklung zu erklären. Am Anfang dieses Zeitraumes sind es die von Kahlbaum (1863; 1874) und Hecker (1877) aufgestellten Krankheitsbilder der Hebephrenie und der Katatonie, die der klinischen Psychiatrie eine neue Orientierung geben. Nur das Verfolgen eines symptomatischen Verlaufs ist ihnen zufolge geeignet, eine Krankheitseinheit zu definieren, die Feststellung von symptomatischen Zuständen

alleine genügt dazu nicht, weil gleiche Zustände in unterschiedlichen Verläufen vorkommen können. Sowohl Kahlbaum als auch Hecker verneinen aber die Bedeutung von Vererbung für die von ihnen entwickelten Krankheitsbilder, die Kraepelin später der Dementia praecox zuschlägt. Mehr vererbungstheoretischen Überlegungen zugeneigt ist R. v. Krafft-Ebing, dessen Lehrbuch der Psychiatrie (1879) bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts paradigmatisch gewesen sein dürfte. Vererbung und Degeneration sind bei Krafft-Ebing aber kritische Begriffe: Sie beruhen auf einer Art lamarckistischer Weitergabe von Eigenschaften über Generationen und sind durch veränderte gesellschaftliche Bedingungen gekennzeichnet. Solche Bedingungen sind wachsender Konkurrenzkampf in der bürgerlichen Klasse, Armut, Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie Prostitution in der Arbeiterklasse und auf allgemeiner Ebene das Wachstum der Städte. Tatsächlich ruhen die wenigen epidemiologischen Studien des ausgehenden 19. Jahrhunderts auf den Faktoren Vererbung, Verstädterung, Alkoholismus und Überanstrengung. So wird das Krankheitsbild der progressiven Paralyse entgegen den Versuchen, Vererbung als Ursache geltend zu machen (z.B. Naecke 1898), in dieser Zeit im wachsenden Maße mit Lues in Verbindung gebracht, bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts der endgültige Nachweis gelingt. Eine Auswertung der für die Psychiatrie relevanten Aufsätze in der "Münchener medizinischen Wochenschrift" ergibt, daß bis zum 20. Jahrhundert die steigenden Irrenzahlen auf den sozialen und politischen Wandel zurückgeführt werden, der durch die bürgerliche Produktionsweise initiiert wird. Erst 1910 wird diese Ursache allgemein abgelehnt, genetische Theorien gewinnen Oberhand (Tümmler 1979). Auch in bürgerlichen Presseorganen ist ein "Umkippen" des Krankheitsbildes erst ab dem 20. Jahrhundert zu beobachten (Thomann 1985). Zu Krafft-Ebing bleibt anzufügen, daß er sich auf dem Gebiet der sexuellen Perversionen das Verdienst erworben hat, für eine medizinische und soziale Liberalisierung zu wirken (vgl. F.J. Sulloway 1979).

Vererbung von Geisteskrankheit ist im mittleren Abschnitt der Periode von 1880 bis 1910, bis zum eigentlichen Durchbruch des Kraepelinschen Systems, der nicht vor der Jahrhundertwende angesiedelt werden darf, eine sehr umstrittene Ursachenkategorie. Von den ersten deutschen Rezipienten der Degenerationstheorie wird gegen ihren Begründer, Morel, eingewandt, daß eine progressive Verschlechterung des Krankheitsbildes keine stichhaltige Hypothese sei (H. Schüle 1878; R. v. Krafft-Ebing 1879). Th. Meynert (1884), einer der bekanntesten Gehirnanatomen, bezeichnet die Vererbung als wenig sinnvolle Ursacheneinheit, und sein Schüler C. Wernicke (1900), einer der wichtigsten Aphasieforscher, führt die Vererbungskategorie in seinem Lehrbuch der Psychiatrie so gut wie gar nicht an. Der eigentliche Schöpfer des Begriffs der Endogenität, P.J. Möbius (1892), sieht noch 1896 kaum eine Resonanz auf seine Einteilung (vgl. Mechler 1963). Ätiologisch wird

von den meisten Psychiatern eine multidimensionale Verursachung der Geisteskrankheiten vertreten, die die Heredität nur als ein Moment unter mehreren ansieht, die zusammenkommen müssen, um eine Psychose zu verursachen. Noch 1897, zur Zeit der sechsten Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie, trifft Kraepelin Einteilung unter den Psychiatern auf Skepsis (Kraepelin 1897). Mit der Kritik an der Lamarckistischen Vererbungstheorie vermehrt sich zeitweilig auch ganz allgemein die Kritik an der Vererbungskategorie zur Erklärung der Geisteskrankheiten. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts ist eine breitere Veränderung der psychiatrischen Theorie zu konstatieren, die den qualitativen Bruch mit der alten Theorie während des Ersten Weltkrieges vollziehen hilft (vgl. S. Grubitzsch 1985). Die Zeit zwischen 1880 und 1910 bildet so, theoriegeschichtlich gesehen, eher eine Übergangsperiode. Erst ab 1900 ist allmählich eine Veränderung im psychiatrischen Diskurs zu beobachten, die wesentlich durch die Rezeption der genetischen Theorie vermittelt ist, wie sie von den zwei "Schulen" der Rassentheoretiker ausgearbeitet wird (vgl. hierzu B. Bromberger 1985). Eine zeitliche Ursache-Folge-Beziehung zwischen Psychopathologie und wachsenden Aufnahmezahlen in den Irrenanstalten ist jedenfalls eher im genauen Gegensatz zu der kontrolltheoretischen Annahme zu beobachten als ideologische Reaktion der Psychiater auf veränderte Arbeitsbedingungen.

Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden: Weder im Bereich der psychiatrischen Theorie noch in den für den kontrolltheoretischen Ansatz wesentlichen Indikatoren - Krankheitsdiagnosen, Bettenentwicklung, Aufnahmeentwicklung und -zusammensetzung - sind Stützen für die Annahme zu finden, daß die Entwicklung des Irrenwesens zwischen 1880 und 1910 durch ein wachsendes staatliches Überwachungsinteresse bestimmt wird. Hingegen zeigt der Vergleich mit den allgemeinen Krankenhäusern, daß sich das Irrenwesen, was seine quantitative Ausprägung betrifft, analog zu dem Behandlungssystem für körperliche Krankheiten entwickelt. Unterschiede sind nur in der Bedeutung des privaten Sektors für die Ausbildung beider Zweige sichtbar und in einer erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzenden Veränderung der ätiologischen Diskussion. Die folgenden Abschnitte dienen deshalb dazu, eine alternative Theorie zu entwickeln.

2. Psychiatrie zwischen Gesundheitssystem und Armenfürsorge

Gegenüber der herrschenden Tendenz, die Entwicklung der Psychiatrie als Ausweitung sozialer Kontrolle anzusehen, soll im folgenden die Hypothese verteidigt werden, daß die Grundzüge der Psychiatrieentwicklung in dem fraglichen Zeitraum sich besser als Ergebnis einer Unterversorgung der Bevölkerung mit psychiatrischer

Versorgung beschreiben läßt, die sowohl absolut - als Verhältnis von Behandlungsplatz zu behandlungsbedürftigen Irren - als auch relativ - in der Form der Behandlung der Irren - zum Tragen kommt. Statt also wie der kontrolltheoretische Ansatz, der notwendigerweise in irgendeiner Form von einer Hypertrophie psychiatrischer Versorgung zu einem gegebenen Zeitpunkt ausgehen muß, die Rolle der staatlichen Überwachung in den Mittelpunkt zu stellen, um den Zuwachs der Irrenanstaltsbetten zu erklären, erscheinen unter dieser Perspektive die staatlichen Maßnahmen als eine nicht ausreichende Reaktion auf die Entwicklung der kapitalistischen Produktionsweise, die im wesentlichen dadurch geprägt ist, daß erstens Kosten, die durch die Produktion und Akkumulation der Einzelkapitalien erwachsen, externalisiert werden, und zweitens die Höhe der Kosten, die innerhalb sozialstaatlicher Einrichtungen ausgegeben werden, und das Verhältnis, was in ihnen zwischen Empfänger der sozialstaatlichen Einrichtungen und der Einrichtung selber realisiert wird, von ihrer jeweiligen Nähe zum Arbeitsmarkt abhängen (s. hierzu Leibfried/Tennstedt 1985).

a) Wachsender Aufnahmedruck statt staatlicher Überwachung

Das weit über die Steigerung der Bevölkerung hinausgehende Wachstum der Irrenzahlen beginnt bereits erheblich früher, als vom kontrolltheoretischen Ansatz entwickelt. So steigt die Zahl der zum 1.1. des Jahres verpflegten Irren zwischen 1852 und 1873 um 171 %, im privaten Sektor sogar um rund 700 % (Guttstadt 1874). Hauptzeitraum dieser Steigerung der Bedeutung des Irrenwesens liegt in der Mitte der sechziger Jahre, einem Zeitpunkt, der in verschiedenen Anstaltsgeschichten als Phase gänzlicher Überfüllung der Irrenanstalten angegeben wird (vgl. Kelp 1858 ff; Damerow 1862; Griesinger 1872; Schmidt 1923; Linke 1926; Mönkemöller 1927; Mathes 1929; vgl. G. Kelp 1981). 1870 stellt der Psychiater L. Meyer fest, daß durch die Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft die geschaffene Anzahl von Irrenanstaltsbetten um mehrere Jahrzehnte weiteren Ausbaus in Frage gestellt ist (Meyer 1870). Guttstadt, ein preußischer Medizinalstatistiker, erklärt die wachsenden Zahlen der eingelieferten Irren mit den Anforderungen, die die Arbeit im Rahmen der kapitalistischen Produktion an die Familien stellt, so daß für irre Verwandte keine Zeit mehr bleibt, und konstatiert, daß Mietpreise in den Städten und Form des Wohnungsbaus für die Arbeiterklasse eine Verpflegung von Irren im Haushalt nicht mehr zulassen (1874, 217 f). Die Verstädterung des deutschen Reiches, die ab Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzt (für Preußen: Brandt 1981), stellt eine permanente Quelle für den wachsenden Aufnahmedruck auf die Irrenanstalten dar. Sämtliche zeitgenössische Statistiken weisen nach, daß innerhalb der städtischen Bevölkerung ein erheblich höherer Teil in Irrenanstalten einge-

liefert wird. Für die im Rahmen der Diagnosen wachsende Krankheitsgruppe "progressive Paralyse" gilt, daß sie fast ausschließlich in Städten vorkommt, was den Ausbreitungsbedingungen für Lues entspricht (Dick 1874; Finckelburg 1893; Buchholz 1899; Eisath 1901). Ihren Niederschlag finden diese Bedingungen für die Entwicklung des Irrenwesens in verzerter Form auch in der zeitgenössischen ätiologischen Theorie, die Verstädterung und bürgerliche Verkehrsformen als entscheidende "allgemeine Prädispositionen" für das Wachstum der Irrenzahlen ansieht (z.B. Krafft-Ebing 1879). Für den Zeitraum von 1894 bis 1904 kann dieser Aufnahmepressure auf die Irrenanstalten durch die Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes belegt werden:

Zum Stichtag 1.1. des Jahres auf 100 Anstaltsbetten der Irrenanstalten des deutschen Reiches verpflegte Irre:

Jahr	pro 100 Betten verpfl. Irre
1894	89.0
1897	92.0
1901	95.0
1904	95.9

(Quelle: Medizinalstatistische Mitteilungen ..., s.o.; vgl. Fischer 1911/12)

Deutlich wird an diesen Zahlen, daß die Belegung der Irrenanstalten seit 1894 trotz steigender Bettenzahlen permanent wächst. Für den Zeitraum vor 1894 liegen keine veröffentlichten Zahlen vor.

Literatur, Statistiken und psychiatrische Theorie zeigen also gemeinsam das Bild einer aufgrund der kapitalistischen Produktionsweise und der durch sie gesetzten Form der Reproduktion der Bevölkerung wachsenden Zahl von Irren. Auf diese Zahlen reagieren staatliche Institutionen mit steigenden Anstaltsbetten. Möglich wird das allerdings erst auf dem Hintergrund einer Veränderung der Gesetzgebung über die Zuständigkeit für die Irrenfürsorge.

b) Ein neues sozialpolitisches Regulierungsmodell für die Psychiatrie

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ist durch zwei einschneidende sozialpolitische Veränderungen geprägt. Die erste Veränderung ist die Neuformulierung des preußischen Unterstützungswohnsitzgesetzes, die 1870 bzw. zwingend ab 1891 regelt, daß für Irre, Taubstumme und Blinde die *L a n d a r m e n - v e r b ä n d e* zuständig werden (Gesetz-Sammlung ... 1873; 1891). Hintergrund für diesen Wechsel in der Zuständigkeit für die Irren ist eine finanzielle Überlastung der kommunalen Sozialtats durch Arbeitslose und Wanderarbeiter auf der

einen Seite und Kranke auf der anderen (Böhmert 1886).

"Auf dem Kongresse des Vereins (für Armenpflege und Wohltätigkeit, v.m.) in Stuttgart wurde auf Grund eines umfassenden Materials der Grundsatz aufgestellt, daß diejenigen Zweige der Armenpflege, welche in höherem Maße die Aufwendungen von Kapitalanlagen oder fortlaufenden Kosten, sowie eine planmäßige und sachverständige Leitung und Veranstaltungen technischer Art erfordern, den größeren Verbänden vorzubehalten seien. Doch müsse ein hinreichendes finanzielles Interesse der Gemeinden an sparsamer Wirtschaft erhalten bleiben. Die Wünsche des Vereins ... haben bekanntlich sehr bald eine teilweise gesetzliche Anerkennung gefunden. Preußen übertrug durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 die Fürsorge für hilfsbedürftige Geisteskranke, Idioten, Epileptische, Taubstumme und Blinde, soweit sie der Anstaltspflege bedurften, den Landarmenverbänden der Provinzen" (W. Drechsler 1913, 56).

Parallel zu der Neuformulierung des Unterstützungswohnsitzgesetzes von 1870 werden den Provinzialverbänden bedeutende Summen aus den französischen Reparationsleistungen überwiesen, die diese zum Teil zum Bau von Irrenanstalten verwenden. In den Jahren 1873 bis 1880 entstehen immerhin 10 neue Provinzialirrenanstalten mit insgesamt 3.600 Betten, pro Anstalt also 360 Betten, obwohl der gesellschaftliche Durchschnitt bei öffentlichen Anstalten bei 272 Betten liegt (für 1877, nach Guttstadt 1872, in Preußen bei 164 Betten). Neben diesen Neubauten werden alte Provinzialirrenanstalten um- bzw. ausgebaut. Gleichzeitig ist also mit dieser Ansiedlung der Irrenfürsorge auf der Ebene einer größeren Gebietseinheit, nicht aber des Staates, der Weg zu einer teilweisen Zentralisierung freigegeben. Denn für größere Bevölkerungsgruppen zuständig, ist notwendigerweise der auftauchende "Bedarf" nach Irrenhausplätzen bei den Provinzialverbänden in bestimmter Weise proportioniert und nur durch die Konstruktion von Großanstalten lösbar.

Eine andere Reaktionsform, z.B. staatlicher Zuschüsse an die einzelnen Kommunen, hätte stattdessen vermutlich zu einer Vielzahl von kleinen Irrenanstalten geführt, so wie es von W. Griesinger in der Form von Stadt- und Landasylen vorgeschlagen wurde (Griesinger 1872). Diese Alternative ist nicht rein fiktiver Natur: tatsächlich wird die Notwendigkeit von Krankenhausbetten im allgemeinmedizinischen Sinne in dieser Art und Weise beantwortet. Durch die gesetzliche Absicherung der Krankheitskosten in Form der allgemeinen Krankenversicherung (1884) und Unfallversicherung (1885) entwickelt sich ein System von Krankenhäusern, das, kommunal angesiedelt, bedeutend geringere Bettenzahlen pro Einrichtung aufweist, obwohl der Bedarf nach Krankenhausbetten hier sicherlich zumindest in der gleichen Größe angesiedelt werden darf wie bei den Irrenanstalten. Für das Argument, daß die unterschiedliche staatliche Ansiedlung der Trägerschaft die Gestaltung des Anstaltswesens wesentlich beeinflußt hat, das zumindest von einem zeitgenössischen Psychiater erkannt und erfolglos in die Dis-

kussion innerhalb des Vereins der deutschen Irrenärzte eingebracht wurde (Sander 1885), spricht gleichzeitig die Divergenz zwischen den Bettenzahlen der privaten und öffentlichen Anstalten, die bei den Irrenhäusern erheblich größer ist.

Tabelle 5: Zahl der Krankenbetten pro Einrichtung in den

Jahr	Allgemeinen Krankenhäusern		Anstalten für Geisteskranke	
	öffentl.	priv.	öffentl.	priv.
1877	41.3	31.9	272.0	52.6
1881	40.7	36.7	292.0	67.6
1886	46.7	47.5	303.7	86.6
1891	49.4	43.2	354.2	92.2
1896	54.4	43.2	400.2	108.2
1901	57.6	45.1	431.5	115.4
1906	62.8	52.2	453.8	114.9
1911	71.2	58.4	509.9	122.3

(Quellen: s.o.)

Die Jahre von 1871 bis 1891 stellen so eine durch die Anbindung an die Provinzialverbände bedingte Ausbauphase des Irrenwesens unter dem Vorzeichen zentraler Anstalten mit gleichzeitigen Heil- und Pflegeeinrichtungen dar. Ein Blick auf die Entwicklung der Bettenzahl der privaten Anstalten zeigt zwar, daß die frühere Form der Irrenverpflegung, die auf Privatanstalten einzelner Irrenärzte mit Anstaltsgrößen von 3 bis 20 Betten aufbaute, gleichfalls überwunden ist und auch hier die Bettenzahlen steigen. Diese wachsende Größe der Privatanstalten läßt sich aber einerseits durch die konfessionellen Irrenhäuser erklären, die schon früh Größenordnungen von über 100 Betten erreichen und faktisch Wohlfahrtseinrichtungen der Kommunen mit besonders niedrigen Pflegesätzen sind, was durch die Änderung des Unterstützungswohnsitzgesetzes von 1891 noch verstärkt wird, da einige Provinzen ab diesem Zeitpunkt dazu übergehen, ihrer Fürsorgeverpflichtung durch Verträge mit kirchlichen Einrichtungen nachzukommen (vgl. H. Kurella 1895, 637). Andererseits zeigt der Vergleich mit dem Bettenverhältnis zwischen privaten und öffentlichen Anstalten bei den allgemeinen Krankenhäusern, daß dort ein viel gleichmäßigerer Ausbau zu beobachten ist als im Irrenwesen. Wie stark hier rein ökonomische und weniger medizinische Gesichtspunkte den Anstaltsbau zu beherrschen beginnen, zeigt ein zeitgenössischer Artikel von C. Pelman über Irrenanstalten:

"Wie über alles Andere, so herrschte über die Größe der Anstalten grosse Verschiedenheit der Meinung. So lange die humanistischen Ansichten die allein geltenden waren und man die Forderung einer möglichst eingehenden Vertiefung in den Seelenzustand jedes einzelnen Kranken stellte, waren grössere Anstalten von selber ausgeschlossen und eine Anstalt von 200 Köpfen galt für Manchen schon für zu gross. Allmählig führte das wachsende Bedürfnis ganz von selbst zuerst zu einer Überfüllung und dann zu einer Vergrößerung der Anstalten, und als man

erst davon abging, nur Heilbare aufzunehmen und die Unheilbaren zu entfernen, gab man den Widerstand gegen grössere Anstalten immer mehr und mehr auf. Hier half nicht zum wenigsten der finanzielle Gesichtspunkt nach. Eine grössere Anstalt von 600 Kranken ist in Einrichtung und Unterhaltung billiger als 3 kleinere von je 200. Es ist dies so einleuchtend, dass ich hierfür keine weiteren Zahlen anzuführen brauche" (C. Pelman 1896, 664).

c) Von der Hospitalisierung zur Asylisierung

Es sind also die Faktoren Aufnahmepressure durch wachsende kapitalistische Durchdringung der Gesellschaft, Zentralisierung der Irrenfürsorge auf der Ebene der Provinzialverbände und ihre Ökonomisierung, die das Bild der psychiatrischen Landschaft gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu bestimmen beginnen.

1913 nimmt Starlinger aufgrund einer Anfrage des Vorstandes des deutschen Vereins für Psychiatrie zu dieser Entwicklung Stellung (Starlinger 1913). Kernaussage seines Referates ist, daß die wachsende Anstaltsgrösse nicht im Sinne der Psychiater sei, sondern aufgrund des Drucks der Provinzialverbände, die Irren möglichst kostengünstig unterzubringen, zustande kommt. Anstaltsbau und medizinischer Auftrag beginnen seit geraumer Zeit sich zu widersprechen.³ Tatsächlich sind es die Kosten pro Bett, die den Ausbau des Irrenwesens seit Mitte des 19. Jahrhunderts mehr und mehr bestimmen. Nach einer Phase, in der die Baukosten bei rund 1.000 Taler pro Bett lagen, sind Preise in der Höhe von 5.000 Taler nur noch bei Grossanstalten wie Bedburg mit 2.200 Betten zu erzielen (vgl. A. Erlenmeyer 1882, 154; C. Pelman 1896, 664; Starlinger 1913, 835). Umgekehrt bedeutet die gleichzeitige Zuständigkeit der Provinzialverbände für Baukosten und Hauptanteil der Unterbringungskosten im Irrenwesen, daß beide möglichst niedrig gehalten werden. Anders in den allgemeinen Krankenhäusern, in denen Bettenpreise von bis zu 10.000 Taler nach der Jahrhundertwende möglich werden (vgl. O. Most 1909/1910; F. Goldmann 1927, 175).

Die Verbilligung der Verpflegungskosten ist nicht nur beim Anstaltsbau als entscheidender Faktor zu beobachten. Auch in den laufenden Betriebskosten beginnen sie ausschlaggebendes Moment zu werden. So verschlechtert sich z.B. das Arzt-Patient-Verhältnis in Preußen zwischen 1852 und 1900 von 1:41 auf 1:82 (vgl.

3 Im Zusammenhang der wenigen kritischen Stimmen von Psychiatern, die gegen diese Entwicklung Stellung bezogen haben, verdient die erste Formulierung eines antipsychiatrischen Programms durch den Arzt und Psychoanalytiker St. Hollos (1928) besondere Hervorhebung. Hollos fordert die Auflösung der Anstalten in der damaligen Form und eine Behandlung auch der Langzeitpatienten mit den Mitteln der Psychoanalyse. Schon vor dem Ersten Weltkrieg hat er öffentlich gegen die Form des Anstaltsbaus in Österreich Stellung genommen (Hollos 1909). Als in Ungarn die Faschisten an die Macht kommen, wird er verhaftet und kann im letzten Augenblick seiner Erschießung entfliehen (Hollos 1974).

Guttstadt 1874; Statistik über die ... 1903).⁴ Treibende Kräfte in dieser Verschlechterung sind die öffentlichen Anstalten, die noch 1852 im Durchschnitt ein Verhältnis von 1:51 aufweisen und sich ab den achtziger Jahren dem Verhältnis von 1:87 annähern, welches sich 1900 einstellt. Berücksichtigt man 1900 nur die reinen Irrenanstalten, nicht gleichzeitig die Stationen an den allgemeinen Krankenhäusern, in denen nach wie vor ein kleiner Prozentsatz der Irren verpflegt wird, dann liegt das Arzt-Patient-Verhältnis sogar bei 1:115, ein Zustand, in dem eine echte Behandlung wohl kaum mehr möglich ist. Die Verschlechterung des Arzt-Patient-Verhältnisses und die wachsende Ökonomisierung der Irrenverpflegung machen sich deutlich bei den Tagesverpflegungskosten bemerkbar. Auswertungen der Jahresberichte von Anstalten (s. Allg. Z.f. Psychiat. 51 (1895 ff)) und anderer Quellen (Guttstadt 1885, 1900) ergeben einen relativ konstanten Selbstkostenpreis von um die 1.6 Taler pro Tag für die gesamte Periode von 1883 bis 1898. Erst ab 1900 beginnt der Preis zu steigen, von 1.7 (1900) über 2.0 (1906) auf 2.1 (1910), eine Steigerung, die ungefähr der inflationären Preisentwicklung entspricht. Es gibt kaum Vergleichswerte für die Entwicklung der Selbstkosten in den allgemeinen Krankenhäusern. Sicher ist aber, daß die Einführung der Krankenkasse dort zu einer erheblichen Verbesserung der Ausstattung und der Leistungen geführt haben. Nach A. Grotjahn (1908) liegt der Selbstkostenpreis hier 1893 bei 1.63 Taler, also kaum höher als in den Irrenanstalten. Das ändert sich mit der Ausbreitung der Krankenkassen erheblich. 1901 ist ihm zufolge schon mit einem Preis von 2.14 zu rechnen und 1904 von 2.59. Ähnliche Kostensteigerungen berichten andere zeitgenössische Quellen (vgl. Helbig 1905; B. Zeidler 1911). Einige Berliner Krankenhäuser haben 1914 bereits einen Selbstkostenpreis von etwas über 5 Taler (vgl. C. Rieger 1916). Mit Sicherheit liegen 1927 die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt, der von einem Landesfürsorgeverband erstattet wird, pro Tag um 85% über denen eines Aufenthalts in einer der Irrenanstalten. Tatsächlich dürfte der reale Selbstkostenunterschied eher noch um einen höheren Prozentsatz differieren (s. die Statistik des dt. Reiches Bd. 421; 431).

Hospitalisierung und Asylierung sind denn auch zwei begriffliche Gegensätze, die in der gesundheitspolitischen und sozialwissenschaftlichen Diskussion das Verhältnis von Allgemeinkrankenhäusern und Irrenanstalten zu charakterisieren beginnen, nachdem früher die heilenden Psychiatrien teilweise Paradestücke der öffentlichen Gesundheitsversorgung gewesen sind. Unter Hospitalisierung versteht z.B. A. Grotjahn, einer der wichtigsten Gesundheitspolitiker der Jahrhundert-

⁴ Das Arzt-Patient-Verhältnis hat sich in den folgenden Jahren weiter verschlechtert. O. Rein (1926) berichtet von Zahlen, die bei 1:200 liegen.

wende, das Verbringen von Kranken in Anstalten für vorübergehende Zeit zwecks Heilung, Beobachtung oder Abwarten des terminalen Stadiums. Ihm gegenüber steht die Asylierung als das Verpflanzen der chronisch Kranken, Siechen oder verkrüppelten Individuen zu dauerhaftem Aufenthalt in Anstalten (A. Grotjahn 1908, 360 ff). Bedeutet die Hospitalisierung einen ökonomischen Gewinn gegenüber dem Durchschnittswert der Ware Arbeitskraft, indem sie diese i n d i v i d u e l l wieder herstellt und dadurch die a l l g e m e i n e n Kosten der bevölkerungsmäßigen Entwicklung der Arbeiterklasse senkt, so hat die Asylierung die Aufgabe, sowohl Ansteckungsgefahr der gesunden Bevölkerung (bei den Irren die Gefahr der Verbreitung ihres "Erbgutes") als auch die möglichen Unkosten zu senken, die durch den Aufenthalt der "chronisch Kranken" in der Gesellschaft den "Gesunden" unmittelbar und mittelbar zugefügt werden könnten. Die Asylierung setzt in ihrer Ökonomisierung des variablen Kapitals also von vornherein auf a l l g e m e i n e r Ebene an, da sie nur die negativen Einflüsse der chronisch Kranken ausschalten soll, nicht aber auch einen individuellen Bezug zur Herstellung einer Arbeitskraft hat. Sie gehorcht damit den Grundzügen einer ökonomischen Optimierungsfunktion, die Verhältnis der Kosteneinsparung versus der Kostenentstehung durch Asylierung zum Gegenstand hat:

"Bei den allgemeinen Krankenhäusern kann man einen erheblichen Aufwand immerhin wohl eher in den Kauf nehmen, als bei den Asylen, deren Verallgemeinerung in erster Linie von ihrer Billigkeit abhängt. Daß Rekonvaleszenten, chronische Kranke oder Sieche hinter üppigen Fassaden wohnen müßten, ist ein Vorurteil, das durch die Auswüchse der Lungenheilstättenbewegung großgezogen worden ist." (A. Grotjahn 1908, 386)

Die Phase von 1880 bis 1910 ist also bei äußerer Identität mit dem allgemeinen Gesundheitswesen durch besonders ab 1900 wachsende innere Differenzierung der Psychiatrie von jenem, einer zunehmenden Unterordnung medizinischer Fragestellungen und Behandlungsformen unter Gesichtspunkten der besten Ökonomie und einer Definition eines Sonderstatus für Irre zwischen Armenfürsorge und Sozialversicherung gekennzeichnet. Ziel der psychiatrischen Versorgung ist zunehmend weniger die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Irren als die relative Verbilligung seiner Reproduktion als Teil der Kosten der Gesamtproduktion der Bevölkerung, wie es deutlich bei A. Grotjahn hervorgehoben wird.

"Wenn auch eine vorurteilsfreie Beurteilung der Kosten ergibt, daß eine vollständige Verallgemeinerung der Asylierung aller Irren durchaus erschwinglich ist, so kann es für den Nationalwohlstand doch nicht gleichgültig sein, daß auf 100000 Einwohner im Minimum 300 Irre auf öffentliche Kosten ohne Gegenleistung durchgeschleppt werden müssen. Es ist daher überaus beruhigend, zu wissen, daß von diesen 300 Personen ein hoher Prozentsatz seine Arbeitskraft nicht eingebüßt hat, sondern wohl imstande ist, im Rahmen der Anstalt erheblich produktive Arbeit zu leisten." (ibid., 255)

Um den Beweis für die These anzutreten, daß die relative Senkung der Verpflegungskosten das entscheidende Moment in der Versorgung der Irren ab dem Beginn des 20. Jahrhunderts wird, wäre eine ökonomische Analyse der Psychiatrieentwicklung vonnöten. Für eine solche "politische Ökonomie der Psychiatrie" liegen aber kaum Daten vor. Tatsächlich erscheinen erst ab 1927 kontinuierliche Statistiken über die Ausgaben der Bezirks- und Landesfürsorgeverbände für die Unterbringung in psychiatrischen Anstalten. Für die Zeit vor 1927 ist man deshalb vorläufig auf Schätzungen angewiesen, die man aufgrund der Wachstumsrate der Bettenzahlen in der Psychiatrie, welche relativ gut publiziert sind, und auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der einzelnen Anstalten vornehmen kann. Analysiert man die erreichbaren Quellen über die Entwicklung der Ausgaben näher, so ergibt sich für den Zeitraum von 1877 bis 1911 folgendes Bild:

Tabelle 4: Irrenwesen und Akkumulation von Kapital im Deutschen Reich

Jahr	Netto-sozialpr. (Mio. RM)	Bettenzahl auf Bevölk. (in %)	Ausg. öfftl. Irrenwesen (in Mio. RM)	Anteil Net- tosozialpr. (in %)	Sp. 3/ Sp. 5	Transfer- leist. allg. (in %)
1875/79	17632	-	13.47	0.076		0.9
1880/84	17645	0.069	16.49	0.093	1.348	1.0
1885/89	19982	-	19.58	0.097		1.4
1890/94	23416	0.096	24.90	0.106	1.104	1.8
1895/99	28801	-	31.55	0.110		1.9
1900/04	33334	0.127	39.81	0.119	0.937	2.4
1905/09	41859	-	61.86	0.148		2.5
1910/13	49429	0.175	77.93	0.158	0.903	2.7

(Quellen: Medizinal-Statistische Mitteilungen aus dem Reichsgesundheitsamt 21 (1920), A. Guttstadt (1885), A. Guttstadt (1900), Allg. Z.f. Psychiat. 51 (1895) ff, Hohorst u.a. (1978), eigene Berechnungen. Die Angaben über die Bettenzahl prozentual auf die Bevölkerung jeweils nach Volkszählungsergebnis, das im gleichen Jahr oder am nächsten liegt)⁵

Spalte 2 der Tabelle 4 enthält Angaben über die Höhe des Nettosozialprodukts im Deutschen Reich. Spalte 3 gibt die Zahl der Betten in ö f f e n t l i c h e n Irrenanstalten wieder. Man kann davon ausgehen, daß diese bis 1913 ungefähr 77% aller vorhandenen Betten ausmachen. Spalte 4 setzt die Bettenzahl mit den Kosten pro Bett in Beziehung und ergibt so bis 1911 eine Schätzung für die laufenden Kosten in Irrenanstalten. Spalte 5 ist das Ergebnis der prozentualen Umrechnung

5 Zwei Bemerkungen zu diesen Daten: Erstens, die Kosten für die Irrenanstalten sind im Sinne der Schlüsse, die aus ihnen gezogen werden, konservativ angesetzt. Zumindest für den Zeitraum von 1885 bis 1892 dürften sie eher niedriger liegen. Zweitens beruhen die Daten teilweise auf einer Auswertung der Rezensionen der Jahresberichte der Irrenanstalten in der Allg.Z.f.Psychiat. Die dabei erfaßte Summe von öffentlichen Irrenanstalten schwankt gemäß dieser Quelle von 20% bis 42% aller vorhandenen Betten in öffentlichen Irrenanstalten. Eine endgültige Klärung der Daten wäre durch die Auswertung der Originaljahresberichte möglich, die sicherlich noch in bestimmten Archiven oder Bibliotheken vorhanden sind.

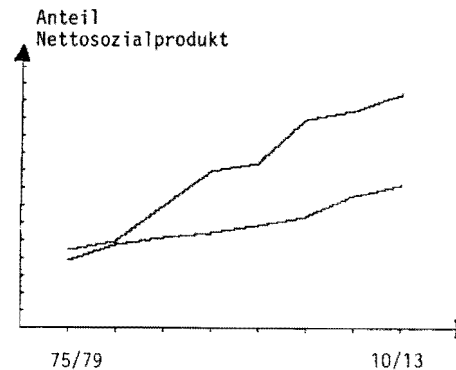
der geschätzten Kosten im Irrenwesen auf das Nettosozialprodukt. Die Spalte 6 besteht in einem Vergleich zwischen der Entwicklung der Ausgaben im Irrenwesen bei Berücksichtigung des Wachstums der Bettenzahlen und der Entwicklung des Nettosozialprodukts oder, anders ausgedrückt, welchen Anteil der einzelne Irre am Nettosozialprodukt realisiert.

Die entscheidenden Aussagen über die politische Ökonomie der Psychiatrie während des deutschen Reiches verbergen sich in der Spalte 5 und in der Spalte 6.

Die Spalte 5 zeigt, daß das Irrenwesen einen immer größeren Anteil am Nettosozialprodukt einnimmt, daß also die Kosten für diesen Bestandteil des variablen Kapitals entgegen allen Anstrengungen zur Ökonomisierung in dem Zeitraum von 1877 bis 1913 kontinuierlich wachsen. Diese Aussage gilt aber nur auf allgemein-gesellschaftlicher Ebene: Nimmt man statt der Spalte 5 die Spalte 6 zum Ausgangspunkt, dann zeigt sich, daß pro verpflegtem Irren in der Gesamtbevölkerung die Ausgaben von 1877 bis 1911 sinken. Die Steigerung des Anteils am Nettosozialprodukt ist also bis 1913 vollständig durch die Ausdehnung des Irrenwesens verursacht, nicht aber aufgrund wachsender Behandlungs- und Verpflegungskosten. Für die Versorgung eines einzelnen Irren kann deshalb festgehalten werden, daß mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft der von ihm realisierte anteilige Reichtum sukzessive fällt. Das wiederum hat zur Folge, daß die Psychiatrie sich im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik mehr und mehr durch notwendige Selbstversorgung und Arbeits"therapie" dem Bildnis eines Arbeitshauses statt eines Krankenhauses annähert, was wiederum als Konsequenz ihre sozialstaatliche Behandlung als Armenfürsorge zur Folge hat (vgl. z.B. O. Rein 1926); ein sich selbst erhaltender Mechanismus, der nur durch einen Wechsel des Handlungsfeldes der Psychiatrie aufzulösen möglich erschien.⁶

Um die Ausgaben im öffentlichen Irrenwesen beurteilen zu können, ist es notwendig, als Vergleichsmaßstab die Spalte 7 heranzuziehen. Dort ist die Summe der sozialstaatlichen Transferleistungen in ihrem Anteil am Nettosozialprodukt aufgelistet (s. Hohorst/Kocka/Ritter 1978, 148). Aus einem Vergleich mit den Ausgaben des öffentlichen Irrenwesens ergibt sich dessen Bedeutung innerhalb der sozialstaatlichen Entwicklung. Dazu folgendes Diagramm, das die Zahlen der Spalten 4 und 7 von Tabelle 4 wiedergibt:

⁶ Das Asylierungsmodell für die psychiatrische Versorgung stößt spätestens in der Weimarer Republik auf seine Grenzen, ohne daß eine echte Alternative vorgelegen hätte. Die Auseinandersetzung um die "offene Fürsorge" und Teile der Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse dokumentieren Notwendigkeit und immanente Grenzen für eine einschneidende Veränderung der psychiatrischen Versorgung (vgl. H. Hildebrandt 1986).



Die untere Kurve entspricht den laufenden Ausgaben für das Irrenwesen, die obere für Transferleistungen allgemein. Deutlich wird an diesem Schaubild, daß die Ausgaben für das Irrenwesen zunehmend hinter denen für die allgemeinen Transferleistungen zurückbleiben. Anders ausgedrückt: In der Entwicklung sozialstaatlicher Zahlungen verliert die Psychiatrie als Element an Bedeutung, während andere Bereiche im viel größeren Umfange wachsen.

Ziel dieses Aufsatzes war es, die Erklärungskraft des kontrolltheoretischen Ansatzes für die Entwicklung der Psychiatrie zu bezweifeln. Ich hoffe, es ist deutlich geworden, daß er mit vielen Phänomenen, die die Psychiatrie zwischen 1880 und 1910 begleiten, im Widerspruch steht. Weitere, wie sinkende Verweildauer bei gleichzeitig sinkender Mortalitätsrate in den deutschen Irrenhäusern und die Diskussion um die Frühentlassung Schizophrener könnten vorgetragen werden. Statt dessen wurde ein Ansatz entwickelt, der die Psychiatrieentwicklung als Ergebnis eines durch die Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft entstehenden Aufnahmedrucks, einer sozialpolitischen Veränderung in der Trägerschaft der Irrenfürsorge und in der Zeit ab Anfang des 20. Jahrhunderts sich entwickelnden Unterscheidung zum allgemeinen Gesundheitswesen sowie einer "Ökonomie des variablen Kapitals" beschreibt. Es ist ein Ergebnis dieses Ansatzes, daß die Zeit von 1880 bis 1910 weder im Sinne der bürokratischen Kontrolle noch im Sinne einer besonderen Wachstumsgeschwindigkeit ein "goldenes Zeitalter" der Psychiatrie darstellt. Umgekehrt liegen in ihm die Ursprünge dessen, was in der Weimarer Republik als "Menschenökonomie" und "produktive Sozialpolitik" zu einer Spaltung in Armen- und Arbeiterpolitik ausgebaut wurde (s. Leibfried/Tennstedt 1985; H. Hildebrandt 1986). Im Bereich des Gesundheitswesens dokumentiert sich diese Spaltung als die zwischen möglichst billiger Menschenasylie-

rung in (Irren-)Anstalten und dem an der Verwertung der Ware Arbeitskraft orientierten allgemeinen Gesundheitssystem. Beide entwickeln nicht nur unterschiedliche Institutionen, sondern auch unterschiedliche Träger; für die Irren die Landesarmenverbände, für die andern Kranken die Krankenkassen. Ideologisch bereitet dieser u.a. Prozeß und seine monetären Implikationen die medizinische Einteilung in "Erbkranke" und "Heilbare" vor. Der anfängliche Protest der SPD gegen die Krankenkassen und die spätere Forderung nach Zusammenführung der verschiedenen Zweige des Gesundheitswesens und ihrer Verstaatlichung in Form kommunaler Gesundheitsämter und Ambulatorien war deshalb nicht unbegründet. Hier ging es aber primär um die Entwicklung eines anderen Erklärungsansatzes für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, als er bis heute in der kontrolltheoretischen Variante vorliegt. Vielleicht liegen diese beiden Ansätze in der konkreten Beurteilung vieler Phänomene der Psychiatrie nicht so weit auseinander, wie hier entwickelt. Jedenfalls erscheint die Versorgung der Irren im Rahmen des hier entwickelten Ansatzes als Reaktion auf wachsende psychische und physische Behandlungsbedürftigkeit größerer Bevölkerungsteile sowie als Angriff auf ihren Anteil am gesellschaftlichen Reichtum, während der kontrolltheoretische Standpunkt zu diesen beiden Fragen eher zwiespältige Antworten geben dürfte. Wenn heute unter einigen Psychiatern und Mitarbeitern im psychosozialen Bereich über eine Grundrente für psychisch Kranke diskutiert wird, so gibt es dafür eine historische Berechtigung.

LITERATUR:

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte 1 (1886), 222-375: Ergebnisse der Morbiditäts-Statistik in den Heilanstalten des Deutschen Reiches für das Jahr 1882, ...

BARON, R.: Weder Zuckerbrot noch Peitsche. Historische Konstitutionsbedingungen des Sozialstaates in Deutschland. Beiträge zur Marx'schen Theorie 12 (1979), 13-55

BLASIUS, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Frankfurt 1980

BLASIUS, D.: Psychiatrische Versorgung in Preußen, 1880-1910. Sudhoffs Arch. Z.f. Wissenschaftsgeschichte 66 (1982), 105-128

BLASIUS, D.: Umgang mit Unheilbarem. Bonn 1986

BRANDT, P.: Preußen. Zur Sozialgeschichte eines Staates. Hamburg 1981

BROMBERGER, B. (Hg.): Medizin, Faschismus und Widerstand. Köln 1985

BUHMERT, V.: Das Armenwesen in 77 deutschen Städten und einigen Landarmenverbänden. Dresden 1886

BUCHHOLZ: Statistische Mitteilungen über die Verbreitung der Dementia paralytica ... Allg.Z.f. Psychiat. 56 (1899), 176-220

- DAMEROW, H.: Ein Blick über die Lage von Irrenanstaltsfragen der Gegenwart. Allg.Z.f. Psychiat. 19 (1862), 143-189
- DICK: Irrenstatistische Streifzüge I. Allg.Z.f. Psychiat. 32 (1875), 565-570
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre. Frankfurt 1984
- DRECHSLER, W.: Die Organe der öffentlichen Armenpflege. Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit 100 (1913), 45-66
- EISATH, G.: Über die Ätiologie der Progressiven Paralyse ... Allg.Z.f. Psychiat. 58 (1901), 390-408
- ERLEMEYER, A.: Irrenwesen. In: H. EULENBERG: Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens II. Berlin 1882, 147-173
- FINKELNBURG: Über die vorläufigen Ergebnisse der Irrenstatistik in der Rheinprovinz. Allg.Z.f. Psychiat. 50 (1893), 1100-1104
- FISCHER, M.: Statistisches aus dem badischen Irrenwesen. Psychiat.Neurol. Wochenschr. 13 (1911/12), 47-49
- FUHRKE, M.: Zum Verhältnis von öffentlich und privat in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Inaug.Diss. Berlin 1981
- Gesetz-Sammlung für die königlichen preußischen Staaten (1873) Nr. 8122
- Gesetz-Sammlung für die königlichen preußischen Staaten (1891) Nr. 9471
- GUCKENJAN, G.: Kurieren und Staat machen. Frankfurt 1985
- GOLDMANN, F.: Siechenhäuser und Altersheime. In: A GOTTSTEIN (Hg.): Handbuch der sozialen Hygiene 6 (1927), 96-197
- GOLTDAMMER: Krankenhäuser. In: H. EULENBERG: Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens II. Berlin 1882, 258-304
- GOUGH, I.: The Political Economy of the Welfare State. London 1979
- GRIESINGER, W.: Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. In: Ders.: Ges. Abhdl. I (1872), 266-309
- GROSS, A.: Zeitgemäße Betrachtungen zum wirtschaftlichen Betrieb der Irrenanstalten. Allg.Z.f. Psychiat. 79 (1923), 60-74
- GROTHJAHN, A.: Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene. Leipzig 1908
- GROTHJAHN, A.: Soziale Pathologie. Berlin 1923
- GRUBITZSCH, S.: Revolutions- und Rätezeit 1918/19 aus der Sicht deutscher Psychiater. Psychologie & Gesellschaftskritik 33/34 (1985), 23-47
- GOSE, H.-G./N. SCHMACKE: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, 2 Bde. Frankfurt 1976
- GUTTSTADT, A.: Die Geisteskranken in den Irrenanstalten während der Zeit von 1852 bis 1872. Z.d. königl.preuss.statist. Büros 14 (1874), 201-230
- GUTTSTADT, A.: Zur Statistik über Angeschuldigte ... Allg.Z.f. Psychiat. 45 (1889), 447-451
- GUTTSTADT, A.: Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preußen, Teil 1 und 2. Berlin 1885
- GUTTSTADT, A.: Krankenhauslexikon für das deutsche Reich. Berlin 1900
- HECKER, E.: Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. Allg.Z.f. Psychiat. 33 (1877), 602-620
- HEIMANN, E.: Soziale Theorie des Kapitalismus. Frankfurt 1980 = Tübingen 1929

- HEMKES: Statistische Mittheilungen über die Wirksamkeit der Grossherzogl. Oldenburgischen Irrenheilanstalt zu Wehnen. Oldenburg 1885
- HELBIG: Die Betriebsergebnisse der großen Krankenanstalten im Jahre 1902 und 1903. Z.f.Krankenanstalten 1 (1905), 2-40; 502-544
- HERZOG, G.: Krankheits-Urteile. Rehbürg-Loecum 1984
- HILDEBRANDT, H.: Offene Fürsorge und Psychische Hygiene in der Weimarer Republik. Psychologie & Gesellschaftskritik 39/40 (1986), 7-31
- HOHORST, G./J. KOCKA/ G.A. RITTER: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch II. München 1978
- HOLLOS, St.: Alte und neue Irrenanstalten. Berliner Klinische Wochenschr. 46 (1909). 858 ff
- HOLLOS, St.: Hinter der gelben Mauer. Stuttgart 1928
- HOLLOS, St.: Brief eines Entronnenen. Psyche 26 (1974), 266-268
- Die Interpellation über die preussische Irrenpflege. Soziale Praxis 4 (1895), 694-698
- KELP, F.L.A.: Jahresberichte der Irrenheilanstalt Wehnen. Oldenburg 1858-1878
- KELP, G.: Von der Heilanstalt zur Heil- und Pflegeanstalt. Fortschr.Neurol. Psychiat. 49 (1981), 121-127
- KAHLBAUM, K.: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig 1863
- KAHLBAUM, K.: Die Katatonie. Berlin 1874
- KAYSER: Die Irrenpflege der Provinz Posen bis zum Verlust der Provinz. Allg.Z.f. Psychiat. 93 (1930), 145-154
- KÜHLER, E.: Arme und Irre. Berlin 1977
- KRAFFT-EBING, R.v.: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1897; 1. Aufl.: 1879
- KRAEPELIN, E.: Ziele und Wege der Klinischen Psychiatrie. Allg.Z.f. Psychiat. 53 (1897), 840-848
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, 4 Bde (1908)
- KUNOWSKI: Die Entlassung geisteskranker Rechtsbrecher aus Irrenanstalten. Allg. Z.f. Psychiat. 64 (1907), 125-144
- KURELLA, H.: Die Irrenpflege am Rhein und die Irrenfürsorge als Gegenstand der Sozialpolitik. Soziale Praxis 4 (1895), 635-640
- LAHR, H.: Ober Irresein und Irrenanstalten. Halle 1852
- LEIBFRIED, S./F. TENNSTEDT: Armenpolitik und Arbeiterpolitik. In: Dies. (Hg.): Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaates. Frankfurt 1985
- MARX, K.: Das Kapital, 3 Bde. Berlin 1977
- MATHES: Die Entwicklungsstufen der badischen praktischen Anstaltspsychiatrie ... Allg.Z.f. Psychiat. 91 (1929), 337-353
- MECHLER, A.: Degeneration und Endogenität. Nervenarzt 34 (1963), 219-226
- Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 1, 3, 4, 6, 10, 13. Berlin 1893 ff
- Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Reichsgesundheitsamt 21. Berlin 1920
- MEYER, L.: Ober die Lage der öffentlichen Irrenpflege in Hannover. Arch.f. Psychiat. 2 (1870), 1-28

- MEYER, E.: Bemerkungen zum "Irrenfürsorgegesetz". Allg.Z.f. Psychiat. 83 (1926), 353-356
- MEYNERT, Th.: Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Wien 1884
- MÖBIUS, P.J.: Ueber die Eintheilung der Krankheiten. Centralbl.f. Nervenheilk. u. Psychiat. 15 (1892), 289-301
- MÖNKEMÜLLER: Die Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim. Allg.Z.f. Psychiat. 87 (1927), 42-73
- MOST, O.: Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik. Arch.f. soziale Hygiene u. Demographie 5 (1909/10), 213-236
- MÖLLER, O.: Statistische Betrachtungen über allgemeine Paralyse. Allg.Z.f. Psychiat. 54 (1898), 1027-1047
- NAECKE, P.: Die sogen. äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer ... Allg.Z.f. Psychiat. 55 (1898), 557-693
- NAHTS: Die Heilanstalten des Deutschen Reiches ... Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 4 (1888), 224-494
- NAHTS: Die Zahl der Geisteskranken in den Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 5 (1889), 423-437
- PANSE, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart 1964
- PELMAN, C.: Irrenanstalten. In: A. EULENBURG (Hg.): Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde XI. Wien 1896, 658-671
- Psychologie & Gesellschaftskritik: Zur Psychiatriepolitik der Grünen. P&G 39/40 (1986), 151-169
- RIEGER, C.: Die Julius-Universität und das Julius-Spital. Würzburg 1916
- REIN, O.: Ärztliche Versorgung und ärztliche Leitung der öffentlichen Irrenanstalten. Allg.Z.f. Psychiat. 84 (1926), 347-359
- SANDER: Referat über Krankenkassen etc. Allg.Z.f. Psychiat. 41 (1885), 587-591
- SCHMIDT, K.: Die Gründung und weitere Entwicklung der Landesheilanstalt Altscherbitz. Allg.Z.f. Psychiat. 79 (1923), 6-46
- SCHÖLE, H.: Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878
- SEMMLER, W.: Private Produktion und öffentlicher Sektor. In: E. ALTVATER (Hg.): Handbuch 5 - Staat -. Frankfurt 1977
- SIMON, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Allg.Z.f. Psychiat. 87 (1927), 97-145
- STARLINGER, J.: Betriebskosten und Anstaltsgröße. Psychiat.Neurol. Wochenschr. 14 (1912/13), 381-390
- STARLINGER, J.: Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. Allg.Z.f. Psychiat. 70 (1913), 830-841
- Statistik über die in den Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptiker am 1. Juli 1900 untergebrachten Kranken. Allg.Z.f. Psychiat. 60 (1903), 480, I-V
- Statistische Jahresberichte des deutschen Reiches. Berlin 1911 ff
- SULLOWAY, F.J.: Freud, Biologist of the Mind. New York 1979
- TENNSTEDT, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Göttingen 1981

- THOMANN, K.-D.: Auf dem Weg in den Faschismus. In: B. BROMBERGER. Köln 1985
- TOMMLER, F.: Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Psychiatrie in der Münchener Medizinischen Wochenschrift von 1854-1914. Inaug. Diss. München 1979
- WERNICKE, C.: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900
- ZEIDLER, B.: Taschenbuch f.d. wirtschaftl. u. verw. Krankenanstaltsbetrieb. Leipzig 1911

Helmut Hildebrandt
Brachvogelweg 50
2900 Oldenburg



Zum 100. Mal!

Lateinamerika den Lateinamerikanern! Unsere erste dreistellige Nummer nehmen wir zum Anlaß, in erweiterter Form auf die entscheidenden Vorgänge einzugehen, die in den letzten zehn Jahren - seit Bestehen des ila-info - die Wirklichkeit dieses Kontinents geprägt haben. Diktaturen und ihre Folgen, Verschuldungskrise, Technologieabhängigkeit, Kirche und christliche Bewegungen, Gewerkschaften, Interventionen bzw. Interventionsdrohungen, Befreiungsbewegungen an und vor der Macht usw., usw. ...

an der Nr. 100 arbeiten mit:
Osvaldo Bayer, Kuno Füssel,
Eduardo Galeano, Gaby Gottwald,
Brigitte Heinrich, Jochen Hippler,
José Lutzenberger, Angelica Meza,
Fernando Mires, Werner Olle,
Michael Rediske, Horst Rogmann,
Helmut Schaaf, Dietrich Schulze-Marmeling,
Peter B. Schumann, Carlos Tello,
ila-Mitarbeiter/innen u. v. a. m.

Die Nummer 100 hat doppelten Umfang, dennoch kostet sie wie immer DM 3,50 zuzügl. Porto (bei Bestellung bitte Bargeld, Briefmarken oder Verrechnungsscheck direkt beilegen)
ila-info erscheint 10 x im Jahr

Informationsstelle Lateinamerika (ila) e.V. Römerstr. 88, 5300 Bonn 1,
Tel.: 0228-658613